Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA**	Versión:	1
		Fecha de aprobación:	24/02/2017
		Código:	04-02-FO-0005

Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor)	**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o Sede: Facturacion Subred**
Sandra Jinet Tafur Hernández	**Dia**	**Mes**	**Año**	
	26	11	2018	**Dirección a la que pertenece: FINANCIERA**

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		**No CONTRATO**	
Adición y Prorroga		4640 -2018	**Formato documentos minimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural**
Adición	x		
Prorroga			
Reinicio			

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO
(Previa verificación presupuestal)

La oficina de FACTURACION requiere garantizar el apoyo en la elaboracion y suscripcion de los procesos contractuales como APOYO ADMINISTRATIVO TECNICO II en el acompañamiento de las diferentes actividades que se realizaran en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, en concordancia con las obligaciones y actividades pactadas

Descripciòn del servicio solicitado

Prestar servicios comoAPOYO ADMINISTRATIVO TECNICO II y de apoyo a la gestion como colaborador dentro de los procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institucion

AREA:	ADMINISTRATIVO	X	ASISTENCIAL
PERFIL	APOYO ADMINISTRATIVO TECNICO II - MARTHA JANNETH GUERRERO TUNJANO CC 52302476		

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: 1

EXPERIENCIA: (En años) EN:

HABILIDADES: BUENAS RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, SEGUIMIENTO DE PROCESOS, ADECUADO MANEJO DE LA INFORMACION, ORGANIZACIÓN.

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes.Demora en el inicio de la ejecución del contrato.Errores en la supervisión. No informar oportunamente al supervisor su designación.Riesgo relacionado al conocmiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividadesRiesgo por no asistencia a las actividades programadas.Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actitvidad valorativa y ética ante las actividades y los usuarios.
Riesgo en la planeación de las actividades por realizar.Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión,planes de acción, objetivos, metas e indicadores.Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas
No entrega de soportes , registros de las actividades de acuerdo con los procedimientos y requerimientos de la entidad

TIEMPO DE EJECUCION	Marque con una X según corresponda tipo de contrato	VALOR UNITARIO(mes, hora, actividad)	CANTIDAD (meses, horas, actividades a contratar)	VALOR TOTAL	**Apoyo en el proceso de generacion de la cuenta de capital salud los dias 1,2,6,7,8,9,13,14 de Noviembre con intensidad de 5 horas dias y los dias 03,04,05,10,11,12 con una intensidad de 8 horas diarias**
	MES				
	HORA	$ 9.876	89	$ 878.964	
	ACTIVIDAD				

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Verificar el físico de la facturación entregada por las unidades contra la base del reporte de cada una de las facturas , generadas en los dos sistemas de informacion Dinamica y Hosvital
2. Verificar el motivo de la notas crédito con lo reportado por la unidad
3. Realizar el seguimiento , elaboracion y radicacion de la facturación de Capital salud, asistir a conciliacion de PYD en capital salud

Sandra Jinet Tafur Hernández	**Martha Yalima Pasachoa Moreno**	**Luz Myriam Roncancio Roncancio**
Nombre y firma del Supervisor	**Vo.Bo. Subgerencia Corporativa**	**Director Fiananciero**